

地域生活支援事業支給継続申請書

坂井市長 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	T・S・H	
	氏 名			年 月 日	
	居 住 地	電話番号			
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日	T・S・H	
	支給申請に係る 障害児氏名			年 月 日	
	続 柄				
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号	

サービス利用の 状況	障害福祉 サービス	利用中のサービスの種類と内容等									
	地域生活支援 事業サービス	利用中のサービスの種類と内容等									
	障害支援区分	障害支援	有・無	区 分	区 分	1	2	3	4	5	6
		有効期間									

申請する サービス	☐ 移動支援事業		☐ 日中一時支援事業		
	☐ 身体介護を伴わない	時間/月	日/月		
	☐ 身体介護伴う	時間/月			
	☐ グループ支援	時間/月			
	☐ 地域活動支援センター事業				
		☐ 地域活動支援センターⅠ型			
		☐ 地域活動支援センターⅡ型			
		☐ 地域活動支援センターⅢ型			

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外		
しめい 氏名		申請者との 関係	
住所	電話番号		